



# भारत का राजपत्र The Gazette of India

असाधारण

EXTRAORDINARY

भाग III—खण्ड 4

PART III—Section 4

प्राधिकार से प्रकाशित

PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 443]

नई दिल्ली, मंगलवार, नवम्बर 21, 2017/कार्तिक 30, 1939

No. 443]

NEW DELHI, TUESDAY, NOVEMBER 21, 2017/KARTIKA 30, 1939

अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद्

अधिसूचना

नई दिल्ली, 16 नवम्बर, 2017

अभातशिप के सेवानिवृत्त कर्मचारियों के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति योजना

फा. सं. 108-152/बी1/प्रशासन(चिकित्सा)/2013.— अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद् अधिनियम, 1987 (1987 का 52) की धारा 23 की उप-धारा(1) के अंतर्गत प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद् (अभातशिप) एतद्वारा अभातशिप के सेवानिवृत्त कर्मचारियों और उन पर आश्रित उनके परिवार के सदस्यों के लिए, निम्नलिखित चिकित्सा प्रतिपूर्ति योजना अधिसूचित करती है :

## 1. संक्षिप्त नाम

इस योजना का संक्षिप्त नाम “अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद् (अभातशिप) के सेवानिवृत्त कर्मचारियों तथा उन पर आश्रित उनके परिवार के सदस्यों के लिए अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद् चिकित्सा योजना, 2017” है।

## 2. प्रयोजनीयता की व्याप्ति

2.1 यह इसकी अधिसूचना की तारीख से प्रवृत्त होगी।

2.2 यह अभातशिप के सभी सेवानिवृत्त कर्मचारियों तथा उनके उन पर आश्रित परिवार के सदस्यों पर लागू होगी, सिवाए निम्नलिखित को छोड़कर:

क) वेतन लेने वाले और/अथवा अभातशिप से सेवानिवृत्ति के उपरांत उनके द्वारा धारित किए जाने वाले पद के फलस्वरूप कहीं और किसी चिकित्सा या प्रतिपूर्ति योजना के अंतर्गत शामिल सेवानिवृत्त कर्मचारी, उनके इस प्रकार सेवा जारी रखने तक।

ख) ऐसे सेवानिवृत्त कर्मचारी जिन्हें उनके नियमित नियोजन को जारी रखते हुए अभातशिप द्वारा पुनः नियोजित किया गया है तथा वे पुनः नियोजन की अवधि के दौरान नियमित कर्मचारी की ही भांति लाभ प्राप्त करना जारी रखे हुए हैं, उनके पुनः नियोजन में रहने तक।

2.3 यह योजना पहले ही सेवानिवृत्त हो चुके कर्मचारियों पर भी लागू होगी, परंतु उन्हें इसके लाभ अभातशिप द्वारा योजना को अंगीकृत किए जाने की तारीख से ही प्रदान किए जाएंगे।

2.4 इस योजना के लाभ अभातशिप के किसी ऐसे कर्मचारी के परिवार के उस पर आश्रित सदस्यों को भी प्रदान किए जाएंगे जिसकी मृत्यु या तो सेवा अवधि के दौरान अथवा सेवानिवृत्ति के उपरांत हो गई हो।

### 3- परिभाषाएं :-

- 3.1 “नियंत्रण अधिकारी” से अभिप्रेत है सक्षम प्राधिकारी द्वारा नियंत्रण अधिकारी के रूप में अभिहित कोई अधिकारी।
- 3.2 “सक्षम प्राधिकारी” से अभिप्रेत है परिषद् का अध्यक्ष तथा इसमें उसके द्वारा इस संबंध में अभिहित किया गया कोई अन्य अधिकारी भी शामिल हो सकेगा।
- 3.3 “सेवानिवृत्त कर्मचारियों” से अभिप्रेत हैं ऐसे कर्मचारी जो अभातशिप द्वारा नियुक्त/आमेलित कर अपनी नामावली में शामिल किए जाने के उपरांत 5 वर्ष से अन्यून निरंतर सेवा करने पर अभातशिप से सेवानिवृत्त हो गए हैं, तथा जिन्हें अभातशिप चिकित्सा परिचर्या योजना, 1994, समय-समय पर यथासंशोधित, के अंतर्गत लाभ उठाने की अनुमति प्रदान की गई है।
- 3.4 “सरकार” से भारत सरकार अभिप्रेत है।
- 3.5 “पैनल पर रखे गए अस्पताल और नैदानिक केन्द्रों” से अभिप्रेत है सरकारी अस्पताल/नैदानिक केन्द्र जिनमें CGHS (सी.जी.एच.एस.) के अंतर्गत विशेषीकृत और सामान्य प्रयोजन उपचार/नैदानिक प्रक्रियाओं के लिए सभी मान्यताप्राप्त प्राइवेट अस्पताल/नैदानिक केन्द्र भी शामिल हैं, जिन्हें स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के का. जा.सं.11045/36/2012-सीजीएचएस (एचईसी) दिनांक 01.10.2014, समय-समय पर यथासंशोधित, द्वारा मान्यता प्रदान की गई है अथवा अभातशिप द्वारा अधिसूचित/प्राधिकृत कोई अन्य प्राइवेट अस्पताल/नैदानिक केन्द्र। इसमें बाद में किए गए कोई परिवर्तन स्वतः ही अभातशिप पर लागू होंगे।
- 3.6 “हिताधिकारी” से अभिप्रेत है अभातशिप का कोई सेवानिवृत्त कर्मचारी और उनके आश्रित परिवार के सदस्य जैसाकि केन्द्रीय सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियम, 1944, समय-समय पर यथा संशोधित, में परिभाषित किया गया है तथा अभातशिप के किसी ऐसे कर्मचारी के उस पर आश्रित परिवार के सदस्य जिसकी मृत्यु या तो सेवा अवधि के दौरान अथवा सेवानिवृत्ति के उपरांत हो जाती है।
- 3.7 परिवार के आश्रित सदस्य भी चिकित्सा उपचार के लिए हकदार होंगे चाहे वे अभातशिप के सेवानिवृत्त कर्मचारी के साथ नहीं भी रह रहे हों।
- 3.8 परिवार के सदस्यों को आश्रित केवल तभी माना जाएगा यदि उनकी आय, पेंशन अथवा उपदान के समकक्ष पेंशन को मिलाकर प्रतिमाह रु 9,000/- से कम है।
- 3.9 “वेतन” से अभिप्रेत है छठे केन्द्रीय वेतन आयोग की सिफारिशों के क्रियान्वयन के परिणामस्वरूप अभातशिप में विभिन्न पदों के लिए लागू संशोधित वेतन के अनुसार, मूल वेतन जमा ग्रेड पे जमा प्रैक्टिसबंदी भत्ता, यदि कोई है। जो कर्मचारी सेवानिवृत्त हो चुके हैं और इस योजना के अंतर्गत सुविधाओं के लिए पात्र हैं, उनके लिए वेतन से अभिप्रेत है सेवानिवृत्ति से पूर्व आहरित अंतिम वेतन।
- 3.10 “निवास” से अभिप्रेत है निवास का स्थान जहाँ सेवानिवृत्त कर्मचारी अथवा उसके परिवार के सदस्य सामान्यतः निवास करते हैं।
- 3.11 “प्राधिकृत/अधिसूचित चिकित्सा व्यवसायी” से अभिप्रेत है, समय-समय पर यथासंशोधित भारतीय चिकित्सा परिषद् अधिनियम, 1956 के अंतर्गत मान्यताप्राप्त डिग्री रखने वाला कोई रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी अथवा, यथास्थिति, भारतीय चिकित्सा केन्द्र परिषद् अधिनियम, 1970/होम्योपैथी केन्द्रीय परिषद् अधिनियम, 1973 के विश्वविद्यालय/सांविधिक बोर्ड/परिषद्/संकाय से 4 वर्ष से अन्यून अवधि के लिए आयुर्वेद/यूनानी/सिद्धा/होम्योपैथी में डिग्री अथवा डिप्लोमा धारण करने वाला रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी। प्राधिकृत चिकित्सा व्यवसायियों की एक सूची परिषद् द्वारा संबंधित रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायियों के रजिस्ट्रीकरण संख्या के साथ नुस्खे की पर्ची सहित प्रांसगिक दस्तावेजी साक्ष्य के आधार पर कर्मचारियों के अनुरोध पर क्षेत्रवार तैयार की जाएगी। यदि कोई कर्मचारी किसी पैनल पर रखे गए अस्पताल/सीजीएचएस द्वारा मान्यताप्राप्त अस्पताल की ओपीडी से उपचार प्राप्त कर रहा है, तो उसकी परिचर्या करने वाले चिकित्सक को अभातशिप द्वारा प्राधिकृती अधिसूचित चिकित्सा व्यवसायी माना जाएगा।

### 4. योजना में प्रवेश :-

- 4.1 योजना में प्रवेश स्वतः नहीं होगा। जो कर्मचारी सेवानिवृत्ति के उपरांत अपने/अपनी पत्नी/पति/आश्रितों के लिए चिकित्सा लाभ प्राप्त करने का इच्छुक है, उसे अभातशिप सेवानिवृत्ति की तारीख से तीन माह पूर्व की अवधि के भीतर **अनुबंध-I (क)** तथा **अनुबंध-I (ख)** में विनिर्दिष्ट प्रपत्र में निदेशक (प्रशासन), अभातशिप को विकल्प प्रस्तुत करना होगा।
- 4.2 प्रशासन ब्यूरो मामले की संवीक्षा करेगा तथा **अनुबंध-II** में विनिर्दिष्ट प्रपत्र के अनुसार चिकित्सा पुस्तिका/कार्ड जारी करते हुए ऐसे कर्मचारी को पंजीकृत करेगा।
- 4.3 इस योजना के अंतर्गत सुविधाओं का विकल्प लेने वाला सेवानिवृत्त कर्मचारी चिकित्सा भत्ता आहरित करने का पात्र नहीं होगा।

4.4 सेवानिवृत्ति के उपरांत कर्मचारी की मृत्यु होने की स्थिति में, उसकी पत्नी/पति तथा परिवार के अन्य पात्र आश्रित सदस्य सुविधा का लाभ उठाना जारी रखेंगे।

4.5 कर्मचारी अथवा उसके आश्रितों द्वारा पात्रता की किसी शर्त को पूरा न करने की तारीख से चिकित्सा कार्ड/पुस्तिका अमान्य हो जाएगी।

4.6 सेवानिवृत्त कर्मचारी द्वारा इस योजना में प्रवेश करने से पूर्व अपने उपचार पर उपगत किए गए किसी भी व्यय की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी।

## 5. आश्रितों की आय

5.1 परिवार के आश्रित सदस्यों की आय के बारे में घोषणा नियम 3.8 में यथापरिभाषित, किए गए अनुसार की जाएगी (अनुबंध—III में दिए गए विनिर्दिष्ट प्ररूप में)।

### अंतरंग उपचार

## 6. पात्रता

6.1 अस्पताल में भर्ती होने के मामले में कमरे की सुविधा अर्थात् सामान्य वार्ड, सेमी-प्राइवेट वार्ड, प्राइवेट वार्ड, डे-केयर (6-8 घंटे का दाखिला) के लिए पात्रता वही होगी जो केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना द्वारा समय-समय पर निर्दिष्ट की गई है।

6.2 सामान्य वार्ड, सेमी-प्राइवेट वार्ड, प्राइवेट वार्ड और डे-केयर के लिए कमरे के किराए की पात्रता समय-समय पर यथासंशोधित सीजीएचएस दरों के अनुसार होगी।

6.3 अभातशिप के सेवानिवृत्त कर्मचारी समय-समय पर यथासंशोधित स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के का.ज्ञा.सं. एस. 11045/36/2012-सीजीएचएस (एचईसी) दिनांक 01.10.2014 द्वारा विनिर्दिष्ट पैकेज दरों के अनुसार चिकित्सा उपचार के लिए पात्र होंगे जिसमें उपचार, पैथोलोजिकल, रेडियोलॉजिकल, स्कैनिंग, अस्पताल में आवास, नर्सिंग होम सुविधाएं आदि की लागत शामिल हैं।

6.4 अभातशिप के सेवानिवृत्त कर्मचारी प्राधिकृत/अधिसूचित चिकित्सा व्यवसायी/परिचर्या चिकित्सक के परामर्श पर किसी पैनल पर रखे गए अस्पताल/नैदानिक केन्द्र में चिकित्सा उपचार प्राप्त कर सकेंगे। तथापि, आपात् स्थिति में वे अपने निवास के स्थान से निकटतम किसी भी प्राइवेट अथवा मान्यताप्राप्त प्राइवेट अस्पताल/नैदानिक केन्द्र में जा सकेंगे।

6.5 किसी प्राइवेट गैर-मान्यताप्राप्त अस्पताल/नैदानिक केन्द्र को नैदानिक परीक्षण, आदि के लिए संदत्त प्रभागों की प्रतिपूर्ति सीजीएचएस हिताधिकारियों के लिए निर्दिष्ट दरों के अनुसार की जाएगी। जहां कोई दरें निर्दिष्ट नहीं की गई हैं, उपगत किए व्ययों की प्रतिपूर्ति वास्तविक आधार पर की जाएगी।

6.6 यदि पैनल पर रखे गए किसी अस्पताल/नैदानिक केन्द्र में उपचार के दौरान, विशेष परिचर्या आवश्यक हो जाती है, तो कर्मचारी अथवा उसके परिवार का सदस्य ऐसी विशेष परिचर्या के लिए पात्र होगा, जो रोग की प्रकृति को ध्यान में रखते हुए रोगी की स्थिति को गंभीर रूप से बिगड़ने से बचाने के लिए अन्यत्र उसके स्वास्थ्य-लाभ के लिए आवश्यक समझी जाए। ऐसी विशेष परिचर्या के लिए प्रतिपूर्ति की जाने वाली राशि ऐसी राशि तक सीमित होगी, जो संबंधित कर्मचारी की उस अवधि, जिसके लिए विशेष परिचर्या आवश्यक थी, के वेतन से 25 प्रतिशत अधिक है। इस प्रयोजन के लिए, चिकित्सा प्रभारी-अधिकारी से एक प्रमाण-पत्र प्रस्तुत किया जाएगा जिसे चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया गया होगा।

6.7 अंतरंग उपचार की अवधि के लिए पैकेज दरें सीजीएचएस द्वारा समय-समय पर यथाविनिर्दिष्ट दरों के समान होंगी।

## 7. दावों को प्रस्तुत करना

7.1 रोग की किसी विशेष अवधि के लिए चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति (अंतरंग उपचार) हेतु अंतिम दावे सामान्यतः उपचार की समाप्ति की तारीख, जो परिचर्या चिकित्सक द्वारा जारी अंतिम अनिवार्यता प्रमाण-पत्र में दर्शाई गई होगी, से छह (6) माह के भीतर प्रस्तुत किए जाएंगे।

7.2 प्रतिपूर्ति के लिए सभी दावों (अंतरंग उपचार) के साथ अनिवार्यता प्रमाणपत्र तथा कैश मेमो/वाउचर प्रस्तुत किए जाएंगे जिन्हें चिकित्सा अधिकारी द्वारा पंजीकरण संख्या दर्शाते हुए सम्यक रूप से हस्ताक्षरित किया होगा।

7.3 चिकित्सा दावों के लिए आवेदन 'परिशिष्ट 'क' में दिए गए विनिर्दिष्ट प्ररूप में प्रस्तुत किया जाएगा।

- 7.4 अनिवार्यता प्रमाण-पत्र (अंतरंग उपचार के लिए) परिशिष्ट 'ख' में दिए गए विनिर्दिष्ट प्ररूप में दिया जाएगा।
- 7.5 अंतरंग उपचार पर किए गए समस्त व्ययों का भुगतान प्रारंभ में निवानिवृत्त कर्मचारी द्वारा किया जाएगा तथा उपचार की समाप्ति पर वह चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए दावा करेगा।
- 7.6 सामान्यतः मान्यताप्राप्त प्राईवेट अस्पताल/नैदानिक केन्द्र, जिन्होंने अभातशिप के साथ करार किया है, पैकेज दर के लिए अनुमोदित दरें ही प्रभारित करेंगे। वे उनके अस्पताल/नैदानिक केन्द्र में उपचार कराने वाले अभातशिप के सेवानिवृत्त कर्मचारी को आपात् मामलों में क्रेडिट सुविधा भी उपलब्ध कराएंगे, जैसाकि प्राईवेट अस्पतालों/नैदानिक केन्द्रों के साथ सहमति करार में निर्दिष्ट किया गया है तथा अभातशिप को अनुमोदित दरों के अनुसार प्रतिपूर्ति के लिए बिल प्रस्तुत करेंगे। तथापि, यदि अस्पताल/नैदानिक केन्द्र उपचार, कमरे के किराए, औषधियों, विभिन्न जांचों आदि की लागत के लिए तत्काल भुगतान करने के लिए कहता है, तो अभातशिप सीजीएचएस हिताधिकारियों के लिए निर्दिष्ट पैकेज दर के अनुसार अनुमानित व्यय की 90 प्रतिशत तक की राशि के अग्रिम भुगतान की संस्वीकृति दे सकेगी तथा संबंधित अस्पताल के नाम पर अकाउंट पेई चेक जारी कर सकेगी। हिताधिकारी द्वारा अंतिम दावा प्रस्तुत किए जाने पर शेष भुगतान किया जाएगा।

### बहिरंग उपचार

8. अभातशिप के सेवानिवृत्त कर्मचारी औषधियों/जाँचों आदि के बिलों/वाउचरों के साथ प्राधिकृत/अधिसूचित चिकित्सा व्यवसायी से नुस्खे की पर्ची को प्रस्तुत करने पर स्वयं के लिए तथा अपने परिवार के आश्रित सदस्यों के लिए अस्पताल में भर्ती न होने के मामलों में उपचार हेतु पात्र होंगे। प्राधिकृत/अधिसूचित चिकित्सा व्यवसायी द्वारा निर्दिष्ट परामर्श शुल्क/जांचों की लागत की प्रतिपूर्ति सीजीएचएस दरों के अनुसार की जाएगी। प्राधिकृत/अधिसूचित चिकित्सा व्यवसायी द्वारा निर्दिष्ट अनुमेय औषधियों की लागत की प्रतिपूर्ति वास्तविक आधार पर की जाएगी।

### 9 दावों को प्रस्तुत करना

- 9.1 इस योजना का विकल्प लेने वाले अभातशिप के सेवानिवृत्त कर्मचारियों के लिए अपेक्षित है कि वे उपचार समाप्त होने की तारीख से छह(6) माह के भीतर परिशिष्ट 'ग' में निर्दिष्ट प्ररूप में दावा प्रस्तुत करें।
- 9.2 इस योजना का विकल्प लेने वाले अभातशिप के सेवानिवृत्त कर्मचारियों से निम्नलिखित प्रस्तुत करने की अपेक्षा भी की जाती है:

- (1) प्राधिकृत/अधिसूचित चिकित्सा व्यवसायी के रजिस्ट्रीकरण नम्बर के साथ मूल नुस्खे की पर्ची; और
- (2) औषधियों/जांचों के मूल बिल/कैश मेमो।

### 10. अन्य शर्तें

- 10.1 सीएस (एमएस) नियम, 1944 के नियम 2 (ज) की अनुसूची 1 और 2 में निर्दिष्ट गैर-अनुमेय औषधियां प्रतिपूर्ति योग्य नहीं हैं।
- 10.2 अभातशिप में सक्षम प्राधिकारी किसी ऐसे दावे अथवा दावे के भाग को अस्वीकृत करने के लिए अधिकारिता प्राप्त होंगे, जो ऐसे दावे के लिए अपेक्षित शर्तों की पूर्ति न करता हो।

### 11 निर्वचन

जब कभी योजना के किसी उपबंध के स्पष्टीकरण/निर्वचन/शिथिलता और विस्तार का प्रश्न उत्पन्न होगा, ऐसे मामलों में अध्यक्ष, अभातशिप का निर्णय अंतिम होगा।

प्रो० आलोक प्रकाश मित्तल, सदस्य-सचिव

[विज्ञापन—III/4/असा./311/17]

**अनुबंध—I (क)****अभातशिप (एआईसीटीई) की चिकित्सा प्रतिकर योजना, 2017 में प्रवेश के लिए विकल्प**

मैं ..... पदनाम (सेवानिवृत्ति के समय) ....., एतद्वारा अपने विकल्प का प्रयोग करते हुए अभातशिप की चिकित्सा प्रतिकर योजना 2017 (समय-समय पर यथा संशोधित) में प्रवेश लेने हेतु विकल्प देता/देती हूँ।

अथवा

मैं ..... पदनाम (सेवानिवृत्ति के समय) ....., एतद्वारा अपने विकल्प का प्रयोग करते हुए, समय-समय पर केन्द्रीय सरकार के कर्मचारियों की तर्ज पर अभातशिप द्वारा निश्चित किए/दिए जाने वाले निश्चित चिकित्सा भत्ता लेने का विकल्प देता हूँ।

(सेवानिवृत्त-कर्मचारी के हस्ताक्षर)

दिनांक : .....

स्थान : .....

**अनुबंध—I (ख)****अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद्**

नेल्सन मंडेला मार्ग, वसंत कुंज, नई दिल्ली-110070

**अभातशिप के सेवानिवृत्त कर्मचारियों के लिए अभातशिप से चिकित्सा सुविधा प्राप्त करने हेतु पंजीकरण फार्म**

1. सेवानिवृत्त कर्मचारी का नाम : .....
2. पिता का नाम : .....
3. पदनाम/पद जिससे सेवानिवृत्त हुआ : .....
4. अंतिम आहरित वेतन : (i) मूल वेतन .....  
(ii) ग्रेड पे : .....  
(iii) वेतनमान : .....
5. सेवानिवृत्ति की तिथि : .....
6. नियमित सेवा की अवधि ..... से : ..... तक :  
सीधी भर्ती की तिथि से अथवा  
अभातशिप में आमेलन की तिथि से
7. सेवानिवृत्ति पश्चात् आवासीय पता : .....
8. दूरभाष नंबर : ..... (आवास) ..... (मोबाईल)
9. ई-मेल आई.डी. : .....
10. परिवार के सदस्यों का विवरण :

(\*कृपया इस कॉलम को भरने से पूर्व अभातशिप की चिकित्सा प्रतिकर योजना 2017 के विनियम 3.6 में दी गई परिवार की परिभाषा को देखें)

क्रम सं.	नाम	जन्म तिथि #	कर्मचारी के साथ संबंध	रक्त समूह, यदि ज्ञात हो

# कृपया आयु का प्रमाण संलग्न करें।

11. बैंक खाते का विवरण :

बैंक का नाम एवं शाखा का पता :

शाखा का कोड :

खाता संख्या :

खाते का प्रकार : बचत खाता/चालू खाता

आई.एफ.एस.सी. कोड :

घोषणा : मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त वर्णित सदस्य मेरे परिवार के सदस्य हैं तथा मुझ पर पूर्णतया आश्रित हैं। किसी भी समय यदि कोई सूचना झूठी पाई जाती है तो अभातशिप मेरे विरुद्ध नियमों के तहत अथवा जैसा उचित समझे कार्रवाई कर सकती है। आगे, मैं यह शपथ लेता हूँ कि इस आवेदन/प्रपत्र में शामिल किए गए यदि मेरे परिवार के सदस्यों के आश्रितता मानदंडों में कोई परिवर्तन आता है तो मैं इसे तत्काल अभातशिप को सूचित करूँगा। मुझे यह ज्ञात है कि यदि मैं परिवर्तन के बारे में सूचित नहीं करता/करती हूँ और यह अभातशिप के संज्ञान में आ जाता है तो यह चिकित्सा सुविधा अभातशित द्वारा वापस लिए जाने हेतु दाय होगी तथा अभातशिप तथा/अथवा उपयुक्त प्राधिकरण को मेरे विरुद्ध किसी भी प्रकार की कार्रवाई किए जाने का अधिकार होगा।

(कर्मचारी के हस्ताक्षर)

दिनांक : .....

स्थान : .....

**प्रमाण-पत्र**  
(प्रशासन ब्यूरो द्वारा भरा जाए)

प्रमाणित किया जाता है कि आधिकारिक रिकार्ड के अनुसार आवेदक पात्रता मानदंडों को पूरा करता/करती है।

संबंधित लिपिक के  
हस्ताक्षर तिथि सहित

प्रशासनिक अधिकारी (प्रशासन),  
अभातशिप के हस्ताक्षर तिथि सहित

**अनुबंध-II**

अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद्  
नेल्सन मंडेला मार्ग, वसंत कुंज, नई दिल्ली-110070

**चिकित्सा कार्ड**

हिताधिकारी का  
फोटो चिपकाने  
का स्थान

पंजीकरण संख्या : .....

पात्रता ..... (प्राइवेट/सेमी-प्राइवेट/सामान्य वार्ड)

(पंजीकरण कार्यालय द्वारा भरा जाए)

1.	हिताधिकारी का नाम एवं सेवानिवृत्त कर्मचारी के साथ संबंध	:	
2.	सेवानिवृत्त कर्मचारी का नाम तथा कर्मचारी संख्या	:	
3.	सेवानिवृत्ति की तिथि	:	
4.	सेवानिवृत्ति के समय पदनाम	:	
5.	मृत्यु की तिथि को वेतनमान तथा मूल वेतन	:	
6.	स्थायी पता/संपर्क नंबर	:	
7.	वर्तमान पता/संपर्क नंबर	:	
8.	कार्ड की वैधता अवधि	:	से : तक:

**सभी हिताधिकारियों का विवरण :-**

क्रम सं.	नाम	जन्म तिथि	कर्मचारी के साथ संबंध	रक्त समूह (वैकल्पिक)

सेवानिवृत्त कर्मचारी के/पति के/पत्नी के नमूना  
हस्ताक्षर

जारी करने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर  
पदनाम

जारी करने की तिथि .....

**अनुबंध -III****अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद्  
(प्रशासन)****घोषणा प्रमाण-पत्र  
(दो प्रतियों में)**

1. कर्मचारी का नाम एवं पदनाम : .....
2. आवास का पता : .....
- 3- परिवार के सदस्यों का ब्यौरा : .....

क्रमांक	नाम	आयु (जन्म तिथि)	संबंध	रक्त समूह

**प्रमाण-पत्र**

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि :-

1. मेरे पिता/माता/अभिभावक/अविवाहित/आश्रित पुत्र/पुत्री/बहन/भाई जिसका नाम ..... है पूर्णतयः मुझ पर आश्रित हैं। आवेदन करने की तिथि को उसकी आय सभी स्रोतों से प्रतिमाह रु. 9000/- जमा मूल पेंशन रु. 9000/- के आधार पर महगाई छूट है।
2. मेरा पुत्र/पुत्री ..... आयु..... वर्ष बेरोजगार है तथा पूर्णतयः मुझपर आश्रित है।
3. मेरी पत्नि/पति ..... कार्यालय का पूरा नाम एवं पूरा पता जहां कार्यरत है।
- 4- वह उक्त संगठन द्वारा प्रदान की जाने वाली चिकित्सा सुविधाओं को प्राप्त न करने का वचन देता/देती है तथा उसके नियोक्ता के माध्यम से इससे सम्बन्धित प्रमाण-पत्र/संयुक्त घोषणा संलग्न है।

(कर्मचारी के हस्ताक्षर)

**टिप्पणी :** किसी को भी जोड़ने/हटाने/परिवर्तन करने को, घोषणा-पत्र को पूरा करने हेतु तत्काल कार्यालय को सूचित किया जाए।



**अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद्**

(प्रशासन)

**संयुक्त घोषणा-पत्र**

उन मामलों में जहाँ पति और पत्नी दोनों नियोजन में हैं, चिकित्सा खर्चों/अस्पताल के खर्चों की प्रतिपूर्ति के दावे के लिए संयुक्त घोषणा-प्रपत्र।

मैं .....

(नाम एवं पदनाम, पते सहित)

तथा मेरी पत्नी/मेरे पति .....

(नाम एवं पदनाम, पते सहित)

एतद्वारा घोषणा करते हैं कि मैं/मेरी पत्नी/मेरे पति ही, स्वीकृत नियमों आदि के अनुसार चिकित्सा खर्चों/अस्पताल के खर्चों/बाह्य चिकित्सा (बहिरंग उपचार) के दावों की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन प्रस्तुत करेंगे।

.....

(पति के हस्ताक्षर)

.....

(पत्नी के हस्ताक्षर)

.....

(पत्नी के नियोक्ता द्वारा हस्ताक्षर किए जाएं)

.....

(पति के नियोक्ता द्वारा हस्ताक्षर किए जाएं)

**नोट :** इस प्रपत्र की एक प्रति पति के कार्यालय में तथा दूसरी प्रति पत्नी के कार्यालय द्वारा रिकार्ड हेतु रखी जानी है।

**टिप्पणी :-**

- केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) के लिए परिवार की वर्तमान परिभाषा, जिसे इस प्रकार पढ़ा जाए: परिवार का अर्थ पति अथवा पत्नी जैसा भी मामला हो, तथा माता-पिता, बहनें, विधवा बहनें, विधवा बेटियाँ, नाबालिग भाई, बच्चे तथा सौतेले-बच्चे जो सरकारी सेवक पर पूर्णतया आश्रित हैं तथा सामान्यतः सरकारी सेवक के साथ रह रहे हैं "अब इसमें शामिल होंगे आश्रित भाई, आश्रित विधवा/परित्यक्त बेटियाँ और सौतेली-माँ।
- स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के कार्यालय-ज्ञापन संख्या 4-24/96-सी एंड पी/सीजीएचएस/सीजीएचएस(पी) दिनांक 31 मई, 2007 के द्वारा आश्रित पुत्रों तथा पुत्रियों की आयु सीमा निम्नलिखित है :-

(i)	अविवाहित पुत्र	पुत्र जब तक कमाना शुरू नहीं करता है या 25 वर्ष का नहीं होता, जो भी पहले हो, तब तक ही पात्र है।
(ii)	पुत्री	पुत्री जब तक कमाना शुरू नहीं करती है अथवा उसका विवाह नहीं हो जाता है, जो भी पहले हो, (आयु को ध्यान में रखे बिना)
(iii)	किसी भी प्रकार की (शारीरिक या मानसिक) स्थायी अपंगता से ग्रसित पुत्र	आयु को ध्यान में रखे बिना
(iv)	आश्रित, अविवाहित/तलाकशुदा/पति द्वारा छोड़ दी गई या उससे अलग हो चुकी पुत्री(पुत्रियाँ)/विधवा पुत्री और पति से अलग हो चुकी विधवा बहन/बहनें	आयु को ध्यान में रखे बिना
(v)	अव्यस्क भाई	व्यस्क होने की आयु तक

**परिशिष्ट—क****चिकित्सा दावों के लिए आवेदन का प्ररूप**

अस्पताल में चिकित्सा के लिए अभातशिप के सेवानिवृत्त कर्मचारी अथवा उसके परिवार की चिकित्सा परिचर्या/अपचार के संबंध में उपगत किए गए चिकित्सा व्ययों की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन का प्ररूप:

1.	सरकारी सेवक का नाम और पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में)	:	
	(क) क्या विवाहित है अथवा अविवाहित	:	
	(ख) यदि विवाहित है, तो वह स्थान जहां पत्नी/पति नियोजित है।	:	
2.	सरकारी सेवक का वेतन, जैसाकि मूल नियमों में परिभाषित किया गया है तथा कोई अन्य परिलब्धियां जिन्हें अलग से दर्शाया जाना चाहिए।	:	
3.	वास्तविक आवासीय पता	:	
4.	रोगी का नाम तथा सरकारी सेवक के साथ उसका संबंध	:	
5.	स्थान जहां रोगी बीमार पड़ा	:	
6.	दावा की गई राशि का विवरण	:	
	(क) अस्पताल का नाम	:	
	(ख) अस्पताल उपचार के लिए प्रभार, जिनमें निम्नलिखित प्रभारों को अलग से दर्शाया जाना चाहिए:—	:	
	i) आवास (बताएं कि क्या यह सरकारी सेवक के वेतन के दर्जे के अनुरूप था तथा ऐसे मामलों में, जहां आवास सरकारी सेवक के दर्जे से अधिक था, तो इस आशय का प्रमाण—पत्र संलग्न किया जाना चाहिए कि जिस आवास का वह हकदार था, वह उपलब्ध नहीं था)	:	
	ii) भोजन	:	
	iii) शल्य चिकित्सा (आपरेशन) अथवा चिकित्सा उपचार अथवा प्रसूति	:	
	iv) रोग—विज्ञान, जीवाणु विज्ञान, विकिरण—चिकित्सा अथवा अन्य समान परीक्षण, जिनमें निम्न दर्शाया गया हो	:	
	क) अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किए गए; तथा	:	
	ख) क्या परीक्षण, अस्पताल के मामले में प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के परामर्श पर करवाए गए। यदि हां, तो इस आशय का प्रमाण—पत्र संलग्न किया जाना चाहिए	:	
	v) औषधियां	:	
	vi) विशेष औषधियां (नकद भुगतान रसीद तथा अनिवार्यता प्रमाण—पत्र संलग्न किया जाना चाहिए)	:	
	vii) सामान्य उपचर्या	:	
	viii) विशेष उपचर्या, अर्थात् नर्स, जो विशेष रूप से रोगी के लिए नियुक्त की गई। बताएं कि क्या उन्हें अस्पताल के मामले में प्रभारी चिकित्सा	:	

	अधिकारी की सलाह पर नियुक्त किया गया अथवा सरकारी सेवक या रोगी के अनुरोध पर। पूर्ववर्ती मामले में प्रभारी चिकित्सा अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित तथा अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाना चाहिए।		
	ix) एम्बुलेंस प्रभार किस स्थान से किस स्थान को और वापसी की गई यात्रा का वर्णन करें	:	
	x) कोई अन्य प्रभार अर्थात् बिजली का प्रकाश, पंखे, हीटर, एयर कंडीशनर आदि के लिए प्रभार। यह भी बताएं कि क्या निर्दिष्ट सुविधाएं सभी रोगियों को सामान्य रूप से उपलब्ध कराई जाने वाली सुविधाओं का भाग है तथा रोगी के पास और कोई विकल्प नहीं था।	:	
7.	दावे का विवरण		
8.	दावे की कुल राशि	:	
9.	घटा : लिया गया अग्रिम	:	
10.	दावे का सकल योग	:	
11.	संलग्नकों की सूची :-	:	

### सरकारी सेवक द्वारा हस्ताक्षर किए जाने वाली घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए विवरण मेरी पूर्ण जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है तथा जिस व्यक्ति/व्यक्तियों के लिए चिकित्सा व्यय किए गए हैं, वह/वे पूर्णतः मुझ पर आश्रित हैं।

कर्मचारी के हस्ताक्षर

दिनांक : .....

परिशिष्ट-ख

### अनिवार्यता प्रमाण-पत्र

यह प्रमाण-पत्र .....में पूर्व नियोजित श्रीमती/श्री/सुश्री.....के/की पत्नी/पुत्र/पुत्री/श्री.....को दिया गया।

### भाग-क

मैं, डॉ .....एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ :-

(क) कि रोगी ..... (पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी का नाम) के परामर्श पर/मेरे परामर्श पर अस्पताल में दाखिल करवाया गया ;

(ख) कि रोगी .....में चिकित्सा के अधीन था और मेरे द्वारा इस संबंध में मेरे द्वारा निर्दिष्ट की गई नीचे उल्लिखित औषधियां रोगी के स्वस्थ होने/रोगी के स्वास्थ्य की स्थिति को गंभीर रूप से बिगड़ने से बचाने के लिए अनिवार्य थी। ये औषधियां..... (अस्पताल का नाम) के भण्डार में प्राइवेट रोगियों को आपूर्ति करने के लिए उपलब्ध नहीं हैं तथा इनमें स्वाम्य सम्पाक शामिल नहीं हैं जिनके लिए न तो समान चिकित्सीय मूल्य के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं और न ही ऐसे सम्पाक, जोकि मुख्यतः खाद्य, प्रसाधन अथवा विसंक्रामक हैं :

क्रम	औषधि का नाम	मूल्य (रु)
1.		
2.		
3.		

4.		
5.		

(ग) कि लगाए गए इंजेक्शन प्रतिरक्षण अथवा रोग निरोधी प्रयोजन के लिए थे/नहीं थे।

(घ) कि रोगी..... से ग्रस्त है/ था और वह ..... से ..... तक मेरे से इलाज करवा रहा है/ था।

(ङ) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला जांच आदि जिनके लिए .....रु. का व्यय किया गया, आवश्यक था तथा इसे मेरे परामर्श पर.....(अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम) में किया गया था।

(च) कि मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ० .....को बुलाया था तथा इसका अनुमोदन जैसा कि नियमों के अंतर्गत अपेक्षित है, ..... (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) से प्राप्त किया गया था।

(प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम  
अस्पताल में भर्ती मामले में)

#### भाग—ख

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी ..... अस्पताल में उपचाराधीन था तथा विशेष नर्स की सेवाएं, जिस पर संलग्न बिलों एवं रसीदों के अनुसार .....रु. का व्यय किया गया था, रोगी के स्वास्थ्य में सुधार लाने के लिए/रोगी के स्वास्थ्य की स्थिति को गंभीर रूप से बिगड़ने से बचाने के लिए आवश्यक थीं।

(प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम  
अस्पताल में भर्ती मामले में)

#### प्रतिहस्ताक्षरित

चिकित्सा अधीक्षक  
.....अस्पताल

\*मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के अधीन ..... अस्पताल में रहा है तथा उसे प्रदान की गई सुविधाएं न्यूनतम थीं जोकि रोगी के इलाज के लिए अनिवार्य थीं।

चिकित्सा अधीक्षक  
.....अस्पताल

स्थान : .....

**टिप्पणी :** जो प्रमाण-पत्र लागू नहीं है, उन्हें काट दिया जाए। सभी मामलों में प्रमाण-पत्र (डी) आवश्यक हैं तथा उन्हें चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए।

\*“न्यूनतम सुविधाएं प्रमाण-पत्र” संबंधित अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए अथवा चिकित्सा अधीक्षक द्वारा अपनी ओर से अधिकृत किया गया अन्य राजपत्रित चिकित्सा अधिकारी द्वारा।

परिशिष्ट-ग'

## अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद्

## बाह्य चिकित्सा(बहिरंग उपचार) के दावे की प्रतिपूर्ति हेतु

1. नाम एवं पदनाम .....
2. वेतन (पे बैंड +ग्रेड पे+डी.ए.) रुपये .....  
(सेवानिवृत्ति से पूर्व अंतिम आहरित वेतन)
3. रोगी का नाम तथा सरकारी सेवक से संबंध .....
4. स्थान जहां रोगी बीमार पड़ा .....
5. चिकित्सक का नाम/अस्पताल .....

दावे का विवरण	दावे की राशि (रु०)	स्वीकार्य राशि (रु०)
(क) परामर्श शुल्क परामर्शों की संख्या और तारीखें		
(ख) विशेष परामर्श परामर्शों की संख्या और तारीखें		
(ग) प्रयोगशाला शुल्क		
(घ) औषधियों का मूल्य क्रम संख्या रसीद संख्या तिथि		
रुपये (शब्दों में)		

मैं एतद्वारा घोषित करता हूं कि इस आवेदन में दिए गए विवरण मेरी पूर्ण जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है तथा जिस व्यक्ति/व्यक्तियों के लिए चिकित्सा व्यय किए गए हैं, वह/वे पूर्णतः मुझ पर आश्रित हैं।

संलग्नकों की सूची :

कर्मचारी के हस्ताक्षर

दिनांक : .....

## ALL INDIA COUNCIL FOR TECHNICAL EDUCATION

## NOTIFICATION

New Delhi, the 16th November, 2017

## MEDICAL REIMBURSEMENT SCHEME FOR RETIRED EMPLOYEES OF AICTE

**F.No.108-152/B1/Admn. (Medi)/2013.-** In exercise of its power conferred under sub-section [1] of Section 23 of the All India Council for Technical Education Act, 1987 (52 of 1987), All India Council for Technical Education hereby notifies the following Medical Reimbursement Scheme for the superannuated employees and their dependent family members of AICTE namely:

**1. Short Title**

The scheme may be called “**All India Council for Technical Education (AICTE) Medical Scheme, 2017 for superannuated employees of AICTE and their dependent family members**”.

**2. Extent of Application**

2.1 They shall come into force from the date of their notification.

2.2 They shall apply to the all superannuated employees of AICTE and their dependent family members, except:

- (a) The superannuated employees drawing salary and/or covered under a medical or reimbursement scheme elsewhere by virtue of the office which they are holding after retirement from the AICTE till their continuance as such.
- (b) The superannuated employees who are re-employed by AICTE in continuation of regular employment and continue to get benefit like a regular employee during the period of re-employment, till they continue in re-employment.

2.3 The scheme shall also apply to the employees, already retired but the benefit will be extended from the date of the scheme is adopted by the AICTE.

2.4 The benefit of this scheme shall also be extended to the dependent family members of any employee of AICTE who dies either during service period or after superannuation.

**3. Definitions**

3.1 “**Controlling officer**” means an officer designated by the Competent Authority to be a Controlling Officer.

3.2 “**Competent Authority**” means the Chairman of the Council and may include any other officer so designated by him in this behalf.

3.3 “**Superannuated Employees**” means employees who have superannuated from AICTE having rendered a continuous service of not less than 5 years after being appointed/absorbed by and the roll of the AICTE, who is allowed to avail the benefit under the AICTE Medical Attendance Scheme, 1994, amended from time to time.

3.4 “**Government**” means the Government of India.

3.5 “**Empaneled Hospitals and Diagnostic Centers**” means the Government Hospitals/Diagnostic Centers including all recognized Private Hospitals/Diagnostic Centers under CGHS for Specialized and General Purpose Treatment/Diagnostic Procedures recognized vide Ministry of Health and Family Welfare O.M. No.S.11045/36/2012-CGHS (HEC) dated 01.10.2014 as amended from time to time or any Private Hospital/Diagnostic Centers notified/authorized by the AICTE. Any changes subsequently made shall automatically apply to the AICTE.

3.6 “**Beneficiary**” means any retired employee of the AICTE and their dependent family members as defined in the Central Service (Medical Attendance) Rules, 1944 as amended from time to time and the dependent family members of any employee of AICTE who dies either during service period or after superannuation.

3.7 The dependent members of the family shall also be entitled to medical treatment even if they do not stay with the superannuated employee of AICTE.

3.8 The members of the family are treated as dependent only if their income including pension and pension equivalent to gratuity is less than Rs. 9,000/- p.m.

3.9 “**Pay**” means Basic Pay plus Grade Pay plus Non Practicing Allowances, if any, as per the revised pay applicable to the various posts in the AICTE consequent upon implementation of the recommendation of the Sixth Central Pay Commission. For employees who have superannuated and are eligible for facilities under these schemes, pay means the last pay drawn before the superannuation.

- 3.10 **“Residence”** means the place of residence where the retired employee or member of his family ordinarily resides.
- 3.11 **“Authorized/Notified Medical Practitioner”** means a registered medical practitioner having a degree recognized under the Indian Medical Council Act, 1956 as amended from time to time, or a Registered Medical Practitioner holding Degree or Diploma in Ayurveda/Unani/Siddha/Homeopathy of not less than 04 years’ duration from a University/Statutory Board/Council/Faculty of Indian Medicine Central Council Act, 1970/Homeopathy Central Council Act, 1973, as the case may be. A list of Authorized Medical Practitioners will be prepared and maintained by the Council, area wise on the requests of the employees based on relevant documentary proof including prescription with registration number of the concerned Registered Medical Practitioners. If an employee is receiving treatment from the OPD of an empaneled hospital/CGHS recognized hospital the attending physician will be treated as deemed authorized/Notified Medical Practitioner for the AICTE.
- 4. Admission to the scheme**
- 4.1 Admission to the Scheme is not automatic. An employee who is willing to avail the medical benefits for self/spouse/dependents after retirement shall submit an option within a period of three months prior to the date of superannuation from the AICTE as formats specified in **Annexure-I(A) & Annexure-I(B)** to the Director (Admn), AICTE.
- 4.2 The Administration Wing shall process the case and register such employee by issuing Medical Booklet/card as per format specified in **Annexure-II**.
- 4.3 The retired employee opting to avail the facilities of this shall not be eligible to draw the medical allowance.
- 4.4 In the event of death of the employee after retirement, the spouse and other eligible dependent member of the family may continue to avail the facility.
- 4.5 The Medical Card/Book shall be rendered invalid from the date of any of the eligibility conditions ceases to be fulfilled by the employee or his/her dependent.
- 4.6 No expenses incurred by the retired employee on treatment prior to his admission to the scheme shall be reimbursed
- 5. Income of Dependents**
- 5.1 The declaration about income of dependent family members as defined in Rules 3.8 shall be furnished (in the prescribed form given at **Annexure-III**)

#### INDOOR TREATMENT

- 6. Entitlement**
- 6.1 The entitlement for room facility i.e. General Ward, Semi-Private Ward, Private Ward, Day Care (6-8 hrs. admission) in case of hospitalization shall be same as may be proscribed by the Central Government Health Scheme from time to time.
- 6.2 The entitlement for room rent for General Ward, Semi-Private Ward, Private Ward and Day care is as per CGHS rates as amended from time to time.
- 6.3 The superannuated employees of the AICTE shall be entitled for medical treatment including the cost of treatment, pathological, radiological, scanning, hospital accommodation, nursing home facilities etc. as per the package rates prescribed vide Ministry of Health and Family Welfare O.M. No.S.11045/36/2012-CGHS (HEC) dated 01.10.2014 as amended from time to time.
- 6.4 The superannuated employees of the AICTE may get medical treatment in any of the empaneled hospital/diagnostic centre on the advice of Authorised/Notified Medical Practitioner/attending physician. However, in case of emergency they may go to any private or recognized private hospital/diagnostic centre nearest to their place of residence.
- 6.5 The charges paid for clinical test, etc., to a private non-recognized hospitals/diagnostic centre shall be reimbursable as per the rate prescribed for CGHS beneficiaries. Where there are no rates prescribed, the expenses incurred shall be reimbursed on actual basis.
- 6.6 If during treatment in an empanelled hospital/diagnostic centre, special nursing becomes necessary, the employee or a member of his family shall be entitled to such special nursing as may be deemed essential for the recovery or for the prevention of serious deterioration in the condition of the patient having regard to the nature of the disease. The amount to be reimbursed for such special nursing shall be limited to the amount,

- which is in excess of 25% of the pay of the employee concerned for the period for which special nursing was necessary. For this purpose, a certificate from the Medical Officer-in-charge countersigned by the Medical Superintendent shall be produced.
- 6.7 Package rates for duration of indoor treatment shall be the same as prescribed by the CGHS from time to time.
- 7. Submission of claims**
- 7.1 Final claims for reimbursement (indoor treatment) of medical expenses for a particular spell of illness shall ordinarily be preferred within Six (6) months, from the date of completion of the treatments shown in the last Essentiality Certificate issued by the attending physician.
- 7.2 All claims for reimbursement (indoor treatment) should accompany with an Essentiality Certificate and Cash Memos/vouchers duly signed by the Medical Officer indicating the Registration number.
- 7.3 The application for medical claims shall be submitted in the prescribed form given at **Appendix 'A'**.
- 7.4 The Essentiality Certificate (for indoor treatment) shall be given in the prescribed form given at **Appendix 'B'**.
- 7.5 All the expenses on indoor treatment shall initially be met by the superannuated employee and shall claim for medical reimbursement on completion of the treatment.
- 7.6 Normally the recognized private hospitals/diagnostic centres who entered into agreement with the AICTE shall charge the rates approved for the package rate. They shall also extend credit facility in emergency cases as specified in Memorandum of Agreement signed with Private Hospitals/diagnostic centers to the retired employee of the AICTE undertaking treatment in their hospital/diagnostic centre and submit the bill for reimbursement as per approved rates to the AICTE. However, in case of hospitals/diagnostic centre insisting for immediate payment of the cost of treatment, room rent, medicines, various tests, etc., the AICTE may sanction advance payment to the extent of 90% of approximate expenses as per package rate prescribed for CGHS beneficiaries and issue an account payee cheque in the name of the hospital concerned. The balance payment shall be made on submission of final claim by the beneficiary.

#### **OUTDOOR TREATMENT**

8. The superannuated employee of the AICTE, shall be entitled for non-hospitalization cases, for themselves and their dependant family members on production of prescription from Authorised/notified Medical Practitioners along with bills/cash memos of medicines/tests, etc. The cost of Consultation Fees/test prescribed by Authorised/notified Medical Practitioners shall be reimbursement as per CGHS rates. The cost of admissible medicines prescribed by Authorised/notified Medical Practitioners shall be reimbursed on actual basis.
- 9. Submission of claims**
- 9.1 The superannuated employee of the AICTE, who opted these scheme is required to prefer the claim within six (6) months from the date of completion of treatment in the prescribed form given in **Appendix 'C'**.
- 9.2 The superannuated employee of the AICTE who opted these scheme is also required to submit: -
- (i) Original Prescription with Registration Number of the Authorized/ Notified Medical Practitioner; and
  - (ii) Original Bills/Cash Memos of medicines/tests.
- 10. Other conditions**
- 10.1 Inadmissible medicines as specified in schedules of I and II of Rules 2(h) of the CS(MS) Rules, 1944 are not reimbursable.
- 10.2 The Competent Authority in the AICTE shall be empowered to disallow any claim or part of the claim which does not satisfy the required conditions for such claim.
- 11. Interpretation**
- Whenever clarification/interpretation/relaxation and extension of any of the provision of the scheme arises, the decision of the Chairman, AICTE shall be final in such matters.

Prof. ALOK PRAKASH MITTAL, Member Secy.

[ ADVT-III/4/Exty./311/17 ]



**Annexure-I(A)**

**ALL INDIA COUNCIL FOR TECHNICAL EDUCATION  
Nelson Mandela Marg, Vasant Kunj, New Delhi-110070**

**OPTION FOR ADMISSION TO THE ALL INDIA COUNCIL FOR TECHNICAL EDUCATION  
(AICTE) MEDICAL REIMBURSEMENT SCHEME, 2017.**

I \_\_\_\_\_, designation (at the time of superannuation),  
\_\_\_\_\_, hereby exercise my option for admission to the AICTE Medical  
Reimbursement Scheme, 2017, as amended from time to time.

Or

I \_\_\_\_\_, designation (at the time of superannuation),  
\_\_\_\_\_, hereby exercise my option to draw the fixed medical allowance as  
fixed by the AICTE on the line of Central Government employees from time to time.

(Signature of the Ex-Employee)

Date:

Place:

**Annexure-I(B)**

**ALL INDIA COUNCIL FOR TECHNICAL EDUCATION  
Nelson Mandela Marg, Vasant Kunj, New Delhi-110070**

**REGISTRATION FORM FOR RETIRED EMPLOYEES FOR AVAILING MEDICAL FACILITY  
FROM AICTE**

1. Name of Retd. Employee :
2. Father's Name
3. Designation/Post from which retired:
4. Last salary drawn: (i) Basic .....
- (ii) Grade Pay:
- (iii) Scale of Pay:
5. Date of superannuation:
6. Period of Regular Service from the date of      From:      To:  
Direct Recruitment OR Absorption in AICTE:
7. Residential Address after Retirement:
8. Telephone No : (R) (M)
9. e-mail Id.....
10. Details of Family Members:

(\*Please see the definition of family as provided for in Regulation 3.6 All India Council for Technical Education Medical Reimbursement Scheme, 2017 before filling up this column)

Sl. No.	Name	Date of Birth#	*Relationship with the employee	Blood Group, if available

#Please attach proof of age

11. Details of Bank Account:

Name of Bank and Branch Address:

Branch Code:

Account Number:

Type of Account: Savings/ Current

IFSC Code:

**Declaration:** I hereby declare that above mentioned members of my family are fully dependent on me. If the above information is found to be false at any time, the AICTE can take action against me as per Rules or as deemed fit. Further, I undertake to intimate the AICTE immediately if there is any change in dependency criteria of my family members included in this application form. I understand that If I fail to intimate and if AICTE comes to know of the change, the Medical facility is liable to be withdrawn by AICTE and AICTE and / or appropriate authority shall be within its rights to initiate any action against me.

Signature of Employee.

Date:

Place:

**CERTIFICATE**

(To be filled by the Admn. Branch)

Certified that the applicant fulfils the eligibility criteria contained as per official records.

Signature with date

Dealing Hand

Signature with date  
AO (Admin), AICTE

**Annexure-II**

**ALL INDIA COUNCIL FOR TECHNICAL EDUCATION**  
**Nelson Mandela Marg, Vasant Kunj, New Delhi-110070**

70

**MEDICAL CARD**

Registration No. \_\_\_\_\_

Entitlement \_\_\_\_\_ (Pvt/Semi-Pvt/General)

(To be filled in by the registering office)

Space for  
affixing  
photograph of  
beneficiary

1.	Name of the beneficiary & Relation with the Retired official	:	
2.	Name of the retired employee and employee number	:	
3.	Date of retirement	:	
4.	Designation at the time of Retirement	:	
5.	Scale of pay and basic pay as on the date of death	:	
6.	Permanent Address/Contact Tel. No.	:	
7.	Present address/Contact Tel. No.	:	
8.	Validity period of the card	:	From to

**DETAIL OF ALL THE BENEFICIARIES:**

Sl.No.	Name	Date of Birth	Relationship with the employee	Blood Group (optional)

Specimen signature of the  
Retired employee/spouse

Signature of the issuing officer.  
Designation

Date of Issue \_\_\_\_\_

**Annexure-III**

**ALL INDIA COUNCIL FOR TECHNICAL EDUCATION**

(Administration)

**DECLARATION CERTIFICATE**

(in duplicate)

1. Name & Designation of Employee -----

2. Residential address -----

-----

3. Details of family :-

S.No.	Name	Aged(DOB)	Relationship	Blood Group

**CERTIFICATE**

I hereby declare that: -

1. My father/mother/parent/Unmarried/dependent son/daughter/sister/brother namely -----  
-----is/are wholly dependent on me. His/her total monthly income from all sources  
is less than Rs. 9,000/- p.m. plus the amount of dearness relief on basic pension of Rs. 9,000/- as on the date of  
consideration.

2. My son/daughter-----aged-----years is unemployed and wholly  
dependent on me.

3. My wife/husband is employed in -----

(Complete name & address of the office)

-----

4. He/she has undertaken not to avail of the medical facilities provided by the said organization and a  
certificate/joint declaration to that effect through his/her employer is attached.

(Signature of the Employee)

**Note:** Any addition/deletion/alteration should be immediately intimated to the office for completion of  
Declaration Form.

**ALL INDIA COUNCIL FOR TECHNICAL EDUCATION****(Administration)****JOINT DECLARATION**

Joint declaration form claiming reimbursement of medical expenses/hospitalization charges etc. in case where both husband and wife are employed.

I-----

(Name and Address with Designation)

and my wife/husband-----

(Name and Address with Designation)

Hereby declare that I/my wife/husband will only prefer the claims for reimbursement of medical expenses/hospitalization charges/OPD treatment as per the approved Rules etc.

-----  
(Signature of the husband)

-----  
(Signature of the wife)

-----  
(To be signed by the  
Employer of the husband)

-----  
(To be signed by the  
Employer of the wife)

NOTE: One copy is to be retained in the office of the husband and another copy is to be retained by the office of the wife for records

Remarks :-

1. The existing definition of family for CGHS, which read as: Family means Husband or wife as the case may be, and parents, sisters, widowed sisters, widowed daughters, minor brothers, children and step-children wholly dependent upon the Government Servant and are normally residing with the Government Servant "would also now include dependent brothers, dependent divorced/separated daughters and step-mother.

2. The following are the age limit for dependent sons and daughters fixed Vide Ministry of Health & Family Welfare's O.M.4-24/96-C&P/CGHS/CGHS (P) dated 31st May, 2007: -

(i)	Unmarried Son	Till he starts earning or attains the age of 25 years, whichever is earlier.
(ii)	Daughter	Till she starts earning or gets married, irrespective of the age limit, whichever is earlier.
(iii)	Son suffering from any permanent disability of any kind (physical or mental)	Irrespective of age limit.
(iv)	Dependent divorced/abandoned or separated from their husband/widowed daughters and dependent unmarried/divorced/abandoned or separated from their husband/widowed sisters.	Irrespective of age limit.
(v)	Minor brother (s)	Upto the age of becoming a major

**Appendix-A****FORM OF APPLICATION FOR MEDICAL CLAIMS**

Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance/treatment of the Retired Employee of AICTE or their families for treatment in a Hospital:

1. Name and designation of the Employee :  
(in Block Letters)
- (i) Whether married or unmarried :
- (ii) If married, the place where wife/husband is employed :
2. Pay of the Employee as defined in the :  
Fundamental Rules and any other  
emoluments which should be shown separately
3. Actual residential address :
4. Name of the patient and his/her relationship to the employee. :
5. Place at which the patient fell ill :
6. Details of the amounts claimed :
- Name of the Hospital :
- Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for -- :
- (i) Accommodation (State whether it was according to the :  
status or pay of the employees and in cases where the  
accommodation is higher than the status of the employee,  
a certificate should be attached to the effect that the  
accommodation to which he was entitled was not a  
available)
- (ii) Diet :
- (iii) Surgical operation or medical treatment or Confinement :
- (iv) Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests, indicating --- :
- (a) the name of the hospital or laboratory at which undertaken; and :
- (b) whether undertaken on the advice of the Medical Officer in charge of the case at the hospital. If so, a certificate to the effect should be attached. :

(v) Medicines :

(vi) Special medicines :

(Cash memos and the Essentiality Certificate should be attached)

(vii) Ordinary nursing :

(viii) Special nursing, i.e., nurses, specially engaged for the :

patient. State whether they are employed on the advice of the Medical Officer in charge of the case at the hospital or at the request of the Employee or patient.

In the former case a certificate from the Medical Officer in charge of the case and countersigned by the Medical Superintendent of the Hospital should be attached.

(ix) Ambulance charges --- :

(state the journey – to and fro – undertaken)

(x) Any other charges, e.g., charges for electric light, fan, :

heater, air-conditioning, etc. State also whether the facilities referred to are a part of the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient

7. Details of Claim

8. Total amount claimed :

9. Less advance taken on :

10. Net amount claimed :

11. List of enclosures :

#### **DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT**

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

Signature of the Employee

Date

**Appendix 'B'****ESSENTIALITY CERTIFICATES**

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss. \_\_\_\_\_ wife/son/daughter of  
Mr./Mrs. \_\_\_\_\_ Ex. employed of the \_\_\_\_\_

**PART-A**

I, Dr. \_\_\_\_\_ hereby certify

(a) that the patient was admitted to hospital on the advice of \_\_\_\_\_ (name of the Registered Medical Practitioner)/on my advice;

(b) that the patient has been under treatment at \_\_\_\_\_ and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the \_\_\_\_\_ (name of the hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants;

Name of medicines Price

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

(c) that the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purpose;

(d) that the patient is/was suffering from \_\_\_\_\_ and is/was under treatment from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_;

(e) that the X-ray, laboratory tests etc., for which an expenditure of Rs. \_\_\_\_\_ was incurred were necessary and were undertaken on my advice at \_\_\_\_\_ (name of the hospital or laboratory);

(f) that I called on Dr. \_\_\_\_\_ for Specialist consultation and that the necessary approval of the \_\_\_\_\_ (name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules, was obtained.

(Signature and Designation of the  
Medical Officer in charge of the case  
at the Hospital)

**PART-B**

I certify that the patient has been under treatment at the \_\_\_\_\_ hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs. \_\_\_\_\_ was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

(Signature of the Medical Officer  
in charge of the case at the hospital)

**COUNTERSIGNED**

Medical Superintendent

\_\_\_\_\_ Hospital

\*I certify that the patient has been under treatment at the \_\_\_\_\_ hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

Medical Superintendent

\_\_\_\_\_ Hospital

Place

**NOTE:** Certificate not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

\*The 'minimum facilities certificate' may be signed either by the Medical Superintendent of the Hospital concerned or another Gazetted Medical Officer who has been authorized in the behalf by the Medical Superintendent.

**Appendix- 'C'**

**ALL INDIA COUNCIL FOR TECHNICAL EDUCATION  
REIMBURSEMENT OF MEDICAL CLAIM FOR OUTDOOR TREATMENT**

1. Name & Designation \_\_\_\_\_
2. Pay (PB + GP + DA) Rs. \_\_\_\_\_  
(last pay drawn before the superannuation)
3. Name of the Patient \_\_\_\_\_  
& relationship \_\_\_\_\_
4. Place at which patient \_\_\_\_\_  
fell ill \_\_\_\_\_
5. Name of the Doctor/ \_\_\_\_\_  
Hospital \_\_\_\_\_

Claim details	Amount Claimed Rs.	Amount Admitted Rs.
a) Consultation Charges No. & Date of Consultation		
b) Special Consultations No. & Date of Consultation		
c) Pathological Charges		
d) Cost of Medicines S.No.    Cash Memo No.    Date		
(In words) Rupees		

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly depend upon me.

List of Encl:

Signature of the Employee

Date: